Case:17-03283-LTS Doc#:22183 Filed:09/12/22 Entered:09/13/22 18:14:57 Desc: Main Documer txhib tage 1 of 4

FORMULARIO DE RESPUESTA DEL RECLAMANTE

RECEIVED AND FILED Claim No. 22303 Creditor Name: ZAYAS CINTRON, IVELISSE CLERK'S OFFICE USDC PR (1) Nombre Completo Cintron Ivelisse Zayas 2022 SEP 12 PM3:33 7-632-8112 (2) Número de teléfono (3) Número de empleado Departemento de Corrección Camenzó: 2003 Trabajar (4) Agencia para la cual trabaja(ó) y fecha. usted fue empleado en más de una agencia, por favor identifique la agencia o agencias Enfermera Generalista relacionadas a su reclamación y las fechas en que estuvo empleado por cada agencia. (5) Correo electrónico zaynahotmail.com (6) Número de seguro social (últimos cuatro dígitos) Incluya número de caso administrativo y/o judicial, si alguno, que haya radicado y que esté directamente relacionado (7) Número de caso a los beneficios reclamados en la Evidencia de Reclamación (Proof of Claim) administrative o judicial, 20568 - 17BK 03283-LTS si aplica. Komeros-1983 auneito por luy (Trienio) (8) Describa en detalle la naturaleza de su reclamación y los fundamentos por los cuales usted cree que tiene derecho al beneficio reclamado. Incluya páginas adicionales si es necesario. 21764





Case:17-03283-LTS Doc#:22183 Filed:09/12/22 Entered:09/13/22 18:14:57 Desc: Main DocumenExhibitation 2 of 4 EMPLOYEE RESPONSE LETTER

Claim No. 22303 Creditor Name: ZAYAS CINTRON, IVELISSE

(1)	Full Name		
(2)	Telephone Numbe	r	
(3)	Employee Number	•	
(4)	Agency and Dates	of	
	Service (if you hav	e been	
	employed by more	than	
	one agency, or age	ncies	
	related to your cla		
	include dates of		
	employment at ea	ch	
	agency).		
(5)	Personal Email Add	dress	
(6)	Social Security Nur	nber	
	(last four digits).		
(7)	Case File Number,	if	(This includes any administrative and/or judicial complaint you filed in connection with the employee
(//	applicable		status/benefits requested in your Claim, other than the Title III case.)
	applicable		
/01	Describe in detail t	ho.	
(0)		1	
	nature and basis o Claim. Please add		
		-	
	additional pages, in needed. Include the	1 1	
		1	
	nature of the claim	1	
	detail the reasons	1 '	
	you believe you ar entitled to such	e	
]	
	benefit/stipend/w		
	increase/incentive	1	
	~		

*** Attach any supporting documentation you may have related to your claim. ***



FORMULARIO DE RESPUESTA DEL RECLAMANTE

Claim No. 20568 Creditor Name: ZAYAS CINTRON, IVELISSE

(1) Nombre Completo	A 1
(2) Hombre complete	Ivelisse Zayas Cirton
(2) Número de teléfono	787- 632-8112 RECEIVED AND FILED
(3) Número de empleado	CLERK'S OFFICE USDC PI
(4) Agencia para la cual trabaja(ó) y fecha. Si usted fue empleado en más de una agencia, por favor identifique la agencia o agencias relacionadas a su reclamación y las fechas en que estuvo empleado	Departamento de Corrección y Rehabilitación comenso trabajar 2003. Enfermera Generalista
por cada agencia. (5) Correo electrónico	ivelissezquas 67 @icloud. com/rguznegron@gmo
(6) Número de seguro social (últimos cuatro dígitos)	4560
(7) Número de caso administrative o judicial, si aplica.	Incluya número de caso administrativo y/o judicial, si alguno, que haya radicado y que esté directamente relacionado a los beneficios reclamados en la Evidencia de Reclamación (<i>Proof of Claim</i>) 22303 - 176K 03283 - LT5
(8) Describa en detalle la naturaleza de su reclamación y los fundamentos por los cuales usted cree que tiene derecho al beneficio reclamado. Incluya páginas adicionales si es necesario.	1. Romeraso - 1983 - aumento por Ley (Trienio)
	21744

*** Attach any supporting documentation you may have related to your claim. ***



Case:17-03283-LTS Doc#:22183 Filed:09/12/22 Entered:09/13/22 18:14:57 Desc: Main DocumeExhibitPage 4 of 4 EMPLOYEE RESPONSE LETTER

Claim No. 20568 Creditor Name: ZAYAS CINTRON, IVELISSE

(1) Full Name		
(2) Telephone Number		
(3) Employee Number		
(4) Agency and Dates of		
Service (if you have b	been	
employed by more th	han	
one agency, or agenc	cies	
related to your claim	ո,	
include dates of		
employment at each	۱	
agency).		
(5) Personal Email Addre	ess	
(6) Social Security Numb	oer	
(last four digits).		
(7) Case File Number, if applicable		(This includes any administrative and/or judicial complaint you filed in connection with the employee status/benefits requested in your Claim, other than the Title III case.)
(8) Describe in detail the	<u> </u>	
nature and basis of y	your	
Claim. Please add		
additional pages, if	i	
needed. Include the		
nature of the claim a		
detail the reasons wi	hy	
you believe you are		
entitled to such		
benefit/stipend/wag		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	^{3e}	
increase/incentive	ge	
increase/incentive	ge	
increase/incentive	ge 	
increase/incentive	ge 	
increase/incentive	ge	
increase/incentive	3e	
increase/incentive	3e	
increase/incentive	ge	
increase/incentive	3e	

*** Attach any supporting documentation you may have related to your claim. ***

